

Informations sur le promoteur de regime													
Employeur/Nom de l'entreprise													
No du groupe			No de division			No de l'unité			No du certificat				
Code d'intervention						Date d'effet de l'intervention (jj/mm/an)							
Ajouter <input type="checkbox"/>		Changer <input type="checkbox"/>		Supprimer <input type="checkbox"/>									
Informations sur le membre													
Nom de famille						Prénom							
Adresse						Ville ou Municipalité			Province		Code postal		
Date de naissance (jj/mm/an)			Date d'embauche (jj/mm/an)			Genre		Langue					
						Masculin <input type="checkbox"/>	Feminin <input type="checkbox"/>	Anglais <input type="checkbox"/>		Français <input type="checkbox"/>			
Informations sur la personne à charge													
Nom de famille		Prénom		Date de Naissance (jj/mm/an)		Lien de parenté Avec le Membre		Date d'effet		Code d'intervention Ajouter/Changer/ Supprimer		Genre	
												Feminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>
												Feminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>
												Feminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>
												Feminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>
												Feminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>
Note : Lien de parenté avec Membre: conjoint/e, enfant, handicapé/e ou personne à charge excédant la limite d'âge (Si la personne à charge excède la limite d'âge, complétez la section ci-dessous)													
Informations sur la personne à charge excédant la limite d'âge													
Nom de famille		Prénom		Date de naissance (jj/mm/an)		Début de l'année scolaire		Fin de l'année scolaire		Nom de l'école (Facultatif)			
								le 31 août/ _____					
								le 31 août/ _____					
Note : La couverture pour personne à charge excédant la limite d'âge se termine le 31 août de chaque année; donc Membre doit faire une nouvelle demande si l'enfant s'enrôle dans la prochaine année scolaire.													
Informations sur les garanties													
Statut de la couverture du Membre						Statut de la coordination des garanties du/de la conjoint/e							
Soins de santé			Soins dentaires			Soins de santé			Soins dentaires				
Famille <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Renonce <input type="checkbox"/>	Famille <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Renonce <input type="checkbox"/>	Famille <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	s/o <input type="checkbox"/>	Famille <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	s/o <input type="checkbox"/>		
Pour résident/e du Québec âgé/e de 65 ans, choisissez le code ID de l'aîné: Membre: Ramq <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> / Conjoint/e: Ramq <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/>													
Authorization													
Par la présente, j'autorise SécurIndemnité à se servir de mon numéro d'assurance sociale, lorsque exigé, pour l'administration de mon régime de soins de santé et de soins dentaires. J'autorise également SécurIndemnité, fournisseurs de soins de santé, assureurs, administrateurs de régimes gouvernementaux ou autres régimes d'avantages sociaux et autres fournisseurs de services qui travaillent avec SécurIndemnité à échanger l'information nécessaire pour l'administration de mon régime de soins de santé et de soins dentaires. Je confirme que je suis autorisé à agir en mon nom, celui de mon conjoint et personnes à charge lors d'une demande de garanties ou dans le but de l'administration continue de mon régime de soins de santé et de soins dentaires.													
Signature du membre du régime													
Signature du membre du régime				Caractères d'imprimerie				Date de la signature (jj/mm/an)					
_____				_____				_____					
Authorisation du commanditaire de plan													
Signature du gestionnaire du régime				Caractères d'imprimerie				Date de la signature (jj/mm/an)					
_____				_____				_____					
Veillez compléter le formulaire et le retourner à: Courriel: eligibilityupdates@claimsecure.com ou postez: SÉCURINDEMNITÉ INC. CP 6500 SUCCURSALE A SUDBURY ON P3A 5N5													
						Facsimilé : 1-705-673-5968 Téléphone : 1 888 513-4464							